



11226 92  
25,  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES,  
" I Z T A C A L A "

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

GRADO DE INFLUENCIA QUE EJERCE LA ATENCION  
INTEGRAL EN EL CONTROL DEL PACIENTE  
DIABETICO ADSCRITO A LA UMF 94 DEL IMSS

**TESIS DE POSTGRADO**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
P R E S E N T A :  
DRA. LOURDES JOSEFINA MEJIA MATA

GENERACION 1992-1994

FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1995





Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM



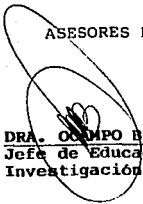
## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**


### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

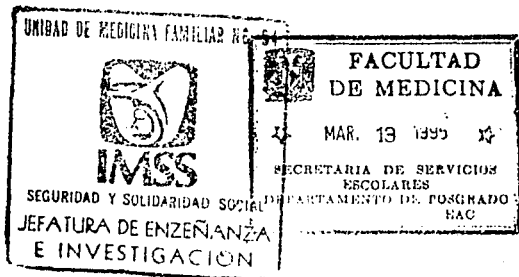
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ASESORES DE TESIS

  
DRA. OCAMPO BARRIO PATRICIA  
Jefe de Educación Médica e  
Investigación

  
DRA. BAUTISTA SAMPERIO LIDIA  
Profesor Titular de la Espe-  
cialidad de Medicina Fami-  
liar UMF 94



DR. ORTIZ-MEDINA CARLOS  
Director de la UMF 94

DRA. OCAMEN BARRIO PATRICIA  
Jefe de Educación Médica e  
Investigación

DRA. BAUTISTA SAMPERIO LIDIA  
Profesor Titular de la Espe-  
cialidad de Medicina Fami-  
liar UMF 94



**A MIS PADRES:**

JOSEFINA MATA VELAZQUEZ Y  
RUBEN MEJIA MEJIA;QUE JUN  
TOS HAN DEDICADO GRAN PAR  
TE DE SU VIDA PARA HACER  
POSIBLE LA FELIZ LLEGADA  
A TERMINO DE MI ESPECIA--  
LIDAD.

**A MIS HERMANOS:**

POR SU APOYO CONSTANTE.

**A MIS PROFESORES:**

QUE DE UNA U OTRA FORMA  
TAMBIEN INFLUYERON EN MI  
FORMACION HUMANA Y PRO--  
FESIONAL,AL LEGARME SU -  
EXPERIENCIA EN FORMA IN-  
CONDICIONAL.

## INDICE

<u>CONTENIDOS TEMATICOS</u>	<u>PAGINA</u>
1.-OBJETIVOS.....	1
2.-JUSTIFICACION.....	2
3.-MARCO TEORICO.....	4
4.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
5.-DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	7
6.-HIPOTESIS.....	9
7.-CRITERIOS DE INCLUSION Y DE NO INCLUSION.....	10
8.-MATERIAL Y METODOS.....	11
9.-ANEXO I.....	12
10.-TABLAS Y GRAFICAS.....	13
11.-RESULTADOS.....	55
12.-ANALISIS DE RESULTADOS.....	60
13.-CONCLUSIONES.....	65
14.-SUGERENCIAS.....	67
15.-BIBLIOGRAFIA.....	68

## O B J E T I V O S

- 1.- Determinar el grado de influencia que ejerce la Atención Integral sobre el control del paciente diabético.
  
- 2.- Identificar los factores que contribuyen a la descompensación metabólica del paciente diabético de la UMF-94 del IMSS a pesar de la aplicación del Programa de Atención Integral del paciente diabético a Nivel Institucional.

Se piensa que en la población mestiza de nuestro país, entre el 2 % - 13 % la padece. Se sabe que la Deabetes Mellitus (DM) es uno de los principales problemas que causa la solicitud de servicios médicos. La presencia de complicaciones de la DM constituyen un gran impacto de la enfermedad sobre el individuo, su familia y comunidad. Ya que hay datos que indican que la mitad de las amputaciones del miembro inferior no relacionada con traumatismos está asociada con DM; y aproximadamente 25 % de los casos se asocia a la misma y éstos sin contar que en la actualidad el trastorno metabólico es la principal causa de ceguera.

En la UMF 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1991, 1992 y hasta el mes de agosto de 1993 la DM ocupó el 2do. lugar entre las cinco principales causas que generan consulta, siguiendole en estos tres periodos la hipertensión arterial sistémica (HTA).

Con 13,989 consultas subsecuentes, 349 consultas de primera vez en el año de 1991; 15,939 consultas subsecuentes y 100 de primera vez en 1992; y 11,988 consultas subsecuentes con 108 consultas de primera vez hasta el mes de agosto de 1993 (4).

Basados en lo anterior concluimos que la incidencia de la DM va en aumento.

Y debido a que su comportamiento epidemiológico no ha variado en décadas a partir de mayo de 1987 el IMSS puso en marcha el "PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE DIABETI-



CO" el cual está constituido por acciones integradas y armónicas encaminadas al conocimiento y atención integral de la población diabética del Instituto, las cuales son llevadas a cabo por un grupo interdisciplinario formado por médicos, enfermeras, asistentes, trabajadores sociales, jefes de Departamento Clínico, Director de la UMF, dietista, instructor de actividades físicas, residentes, médicos de especialidades del 2do. y 3er. nivel, personal de laboratorio, odontología y enseñanza. La presente tesis precisamente está basada y justificada por lo anteriormente expuesto.

El término de DIABETES fué introducido por Areteo de Capadocia, y significa el paso de un líquido por un cuerpo. Se pensaba que se debía a debilidad del riñón por la poliuria que caracteriza a la enfermedad.

El paso del tiempo trajo consigo modificaciones en el concepto, en la descripción clínica, el descubrimiento de la fisiopatología así como pruebas específicas para detectarla, descubrimiento de la terapéutica farmacológica y medidas preventivas de las complicaciones y la rehabilitación de las mismas.

Actualmente el concepto de DIABETES MELLITUS (DM) manifiesta que es un trastorno metabólico que cursa con hiperglucemia, que a su vez es consecuencia de una deficiencia en la secreción de insulina o de un trastorno en el efecto biológico de la misma.

Existen cuatro tipos:

- a) DM tipo I (dependiente de insulina).
- b) DM tipo II (no dependiente de insulina, asociada o no con la obesidad).
- c) DM gestacional.
- d) DM secundaria:

El diagnóstico se apoya básicamente en:

- 1.- Cuadro clínico.
- 2.- Glucemia de ayuno.
- 3.- Prueba de tolerancia a la glucosa.

Los objetivos del tratamiento son:

- a) Lograr el control metabólico adecuado y
- b) Prevenir el desarrollo de las complicaciones agudas y/o tardías.

Para lograr estos objetivos se cuenta con tres recursos terapéuticos que son:

- 1.- Dieta.
- 2.- Ejercicio.
- 3.- Hipoglucemiantes orales e
- 4.- Insulina.

La DM hace al paciente muy vulnerable al desarrollo de daño vascular originando las complicaciones tardías las cuales se manifiestan en:

- a) Ojos.
- b) Riñón.
- c) Sistema nervioso central y periférico. (SNC, SNP).
- d) Piel.
- e) Sistema cardiovascular. (SCV).
- f) Sistema osteomioarticular. (SOMA)

La presencia de estas complicaciones disminuyen la calidad de la sobrevivida a medida que se presentan a más temprana edad y si se instala o no tratamiento oportuno.

Se puede prevenir o retardar su manifestación mediante la modificación de ciertos hábitos higienicos-dietéticos, aumento en la actividad física, el ajuste de terapéutica medicamentosa adecuada, el control de enfermedades agregadas al diagnóstico de DM, todo esto mediante la impartición de FOMENTO A LA SALUD, el cual consta de elementos educativos, motivacionales y de ajuste psicológico buscando llegar al autocontrol que depende del nivel cultural del paciente.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- 1.- ¿Existe relación directa entre la Atención Integral --  
prestada al paciente diabético y su control metabólico  
en el ámbito de la UMF 94 del IMSS?
  
- 2.- ¿Qué otros factores contribuyen a la descompensación -  
del paciente diabético a pesar de haberse implementado  
el "Programa de Atención Integral" en la UMF 94 del --  
IMSS?

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

7

- 1.- ATENCION MEDICA INTEGRAL: (VARIABLE INDEPENDIENTE)  
Es el conjunto de acciones que parte del grupo interdisciplinario hacia el paciente diabético, familia y comunidad encaminadas a fines preventivos y de control médico, por medio del fomento de la educación para la salud, auxiliado también del 2do. y 3er. nivel de atención.
- 2.- PACIENTE CONTROLADO: (VARIABLE DEPENDIENTE)
  - a) Posee glicemia en ayuno normal y
  - b) No presenta cuadro clínico.
- 3.- PACIENTE DESCONTROLADO:  
Es aquel paciente diabético con las siguientes características:
  - a) Posee hiperglicemia en ayuno y/o
  - b) Presenta cuadro clínico.

## ESPECIFICACION DE LOS INDICADORES DE LAS VARIABLES

## 1.- ATENCION INTEGRAL:

- a) Realización de detecciones: Peso, talla y TA ----  
( 2 de 3).
- b) Envío a valoraciones por 2do. y 3er. nivel (una ca  
da seis meses mínimo).
- c) Impartición de fomento a la salud: Expediente con  
constancia de haberla recibido.
- d) Orientación en cuanto a dieta: Indicación directa  
del médico familiar y/o Dietología.
- e) Control de otras enfermedades coexistentes a la -  
DM: Constancia en notas médicas.
- f) Control de complicaciones crónicas de DM: Constan  
cia en notas médicas.

## 2.- CONTROL METABOLICO:

- a) Control metabólico:
  - Valores séricos de glucosa entre 90 y 160 mg/dl.
  - Sin poliuria, sin polidipsia y sin polifagia.
- b) Descontrol Metabólico:
  - Valores séricos de glucosa mayores de 160 ml/dl
  - Con poliuria, polidipsia y polifagia. (1 de 3).

## H I P O T E S I S

LA ATENCION INTEGRAL POR PARTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN EL DIABETICO ENFLUYE EN FORMA PROPORCIONAL EN EL GRADO DE CONTROL O DESCONTROL QUE PRESENTA EL PACIENTE.

## CRITERIOS DE INCLUSION Y DE NO INCLUSION

## INCLUSION: Expedientes de pacientes:

- Con DM tipo I ó II.
- Diabéticos controlados y descontrolados.
- De ámbos sexos.
- Con o sin presencia de complicaciones.
- Que estén bajo el Progrma de Atención Integral del pa- -  
ciente diabético.
- Que se cuente con el expediente en la Unidad.

## NO INCLUSION: Expedientes de pacientes:

- Que no estén bajo el Programa de Atención Integral del -  
paciente diabético.
- Que no se cuente con el expediente en la Unidad.



## MATERIAL Y METODOS

Por medio de sus expedientes se analizó una muestra de 350 pacientes diabéticos adscritos a la UMF 94 del IMSS, donde por medio de la forma 4-30-6 se localizaron en forma aleatoria los expedientes de pacientes diabéticos. Se solicitó a cada consultorio siete pacientes por turno recolectándose la muestra equivalente al 10 % del universo de trabajo. Posteriormente por medio de la lectura se extrajeron datos importantes los cuales se vaciaron en hojas de registro. Sometiéndose posteriormente al análisis estadístico de la información obtenida aplicándose la prueba  $\chi^2$ .

La investigación en forma completa se realizó dentro de las instalaciones de la UMF 94 del IMSS.

FALLA DE ORIGEN

PARAMETROS A INVESTIGAR	NUMERO DE PACIENTES										TOTAL	OBSERVACIONES	
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)			
1. EDAD													
2. SEXO													
3. ESTADO CIVIL													
4. OCUPACION													
5. ESCOLARIDAD													
6. NUMERO DE HIJOS													
7. PESO													
8. TALLA													
9. ALCOHOLISMO													
10. TABAQUISMO													
11. ANTICEDENTES HERED. FAM. DE DM. ADO. DE EVOLUCION													
12. TIPO DE DIABETIS MELLITUS													
13. TA													
14. DIETA													
15. EJERCICIO													
16. TX. FARMACOLOGICO DE D.M.													
17. AUTOCORRECCION													
18. GLUCOSIA													
19. COLISTROL													
20. TRIGLICERIDOS													
21. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
22. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
23. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
24. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
25. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
26. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
27. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
28. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
29. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
30. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
31. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
32. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
33. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
34. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
35. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
36. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
37. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
38. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
39. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
40. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
41. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
42. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
43. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
44. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
45. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
46. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
47. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
48. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
49. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
50. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
51. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
52. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
53. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
54. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
55. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
56. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
57. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
58. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
59. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
60. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
61. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
62. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
63. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
64. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
65. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
66. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
67. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
68. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
69. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
70. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
71. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
72. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
73. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
74. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
75. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
76. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
77. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
78. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
79. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
80. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
81. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
82. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
83. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
84. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
85. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
86. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
87. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
88. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
89. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
90. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
91. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
92. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
93. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
94. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
95. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
96. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
97. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
98. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
99. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
100. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
101. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
102. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
103. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
104. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
105. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
106. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
107. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
108. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
109. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
110. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
111. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
112. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
113. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
114. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
115. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
116. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
117. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
118. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
119. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
120. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
121. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
122. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
123. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
124. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
125. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
126. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
127. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
128. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
129. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
130. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
131. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
132. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
133. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
134. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
135. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
136. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
137. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
138. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
139. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
140. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
141. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
142. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
143. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
144. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
145. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
146. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
147. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
148. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
149. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
150. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
151. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
152. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
153. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
154. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
155. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
156. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
157. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
158. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
159. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
160. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
161. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
162. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
163. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
164. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
165. ENFERMEDADES ASOCIADAS													
166. ENFERMEDADES ASOCIADAS													

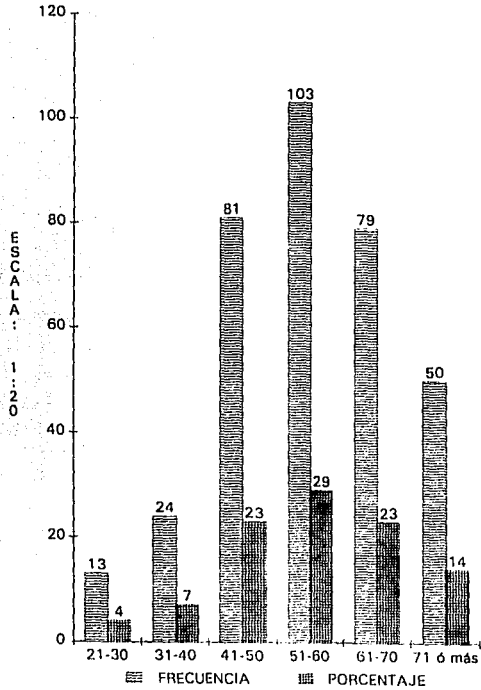
## CUADRO No. 1

## DISTRIBUCION DE LA DM POR GRUPOS ETAREOS

INTERVALO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
21 - 30	13	4
31 - 40	24	7
41 - 50	81	23
51 - 60	103	29
61 - 70	79	23
71 ó más	50	14
TOTAL	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**DISTRIBUCION DE LA DM POR GRUPOS ETAREOS**



FUENTE: CUADRO No. 1

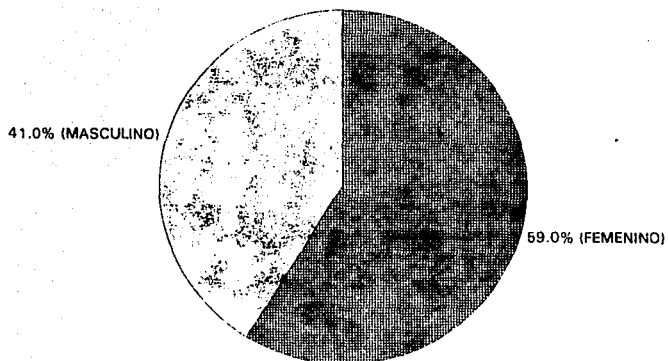
## CUADRO No. 2

## COMPORTAMIENTO DE LA DM POR SEXO

GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	143	41
FEMENINO	207	59
TOTAL	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**COMPORTAMIENTO DE LA DM. POR SEXO**



FUENTE: CUADRO No. 2

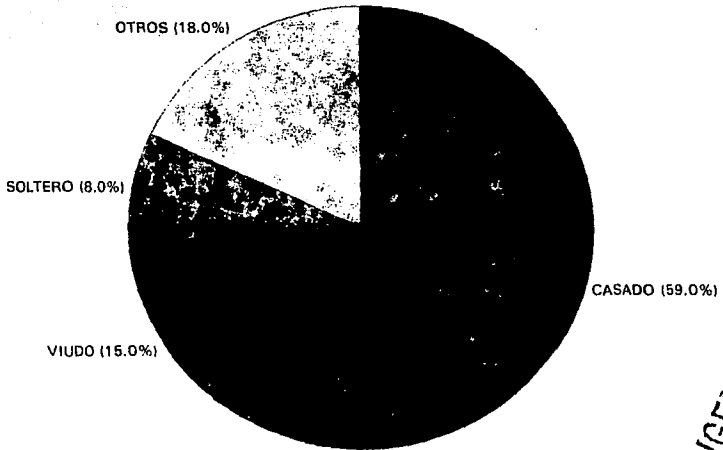
## CUADRO No. 3

## EL PACIENTE DIABETICO Y SU ESTADO CIVIL

PARAMETRO	FRECUENCIA	PRCENTAJE
CASADO	205	59
SOLTERO	28	8
VIUDO	54	15
OTROS	63	18
TOTAL	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**GRAFICA No. 3**  
**EL PACIENTE DIABETICO Y SU ESTADO CIVIL**



FALLA DE ORIGEN

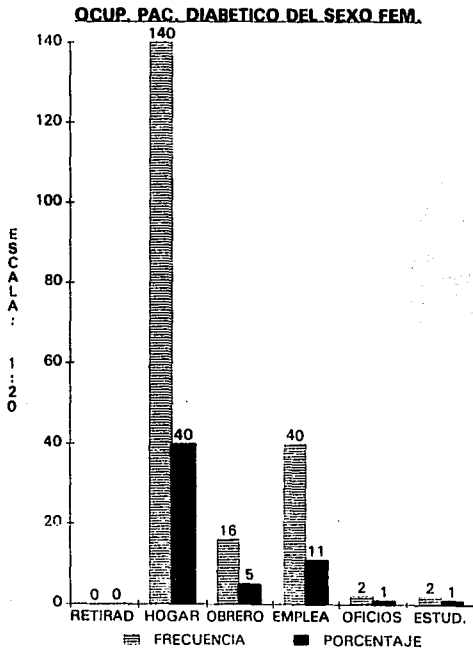


CUADRO No. 4

## OCUPACION DEL PACIENTE DIABETICO SEGUN SU SEXO

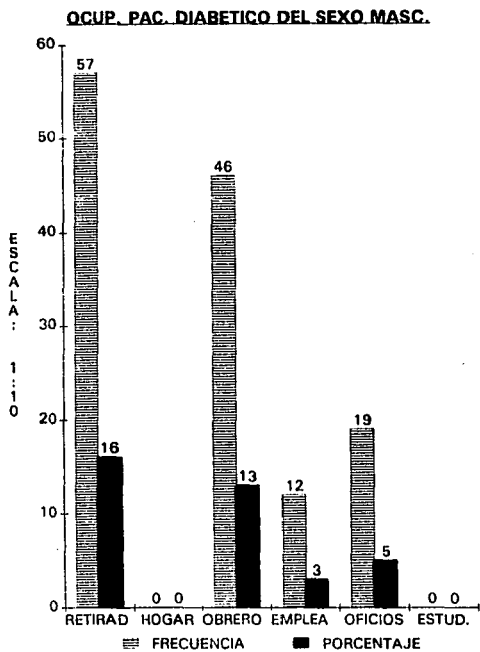
PARAMETRO	FEM.	0%	MASC.	0%	TOTAL	0%
RETIRADOS	0	0	57	16	57	16
HOGAR	140	40	0	0	140	40
OBREROS	16	5	46	13	62	8
EMPLEADOS	40	11	12	3	52	14
OFICIOS	2	1	19	5	21	6
ESTUDIANTES	2	1	0	0	2	1
NO REPORTADOS	7	2	9	3	16	5
TOTAL	207	60	143	40	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.



FUENTE: CUADRO No. 4

GRAFICA No. 4 B



FUENTE: CUADRO No. 4

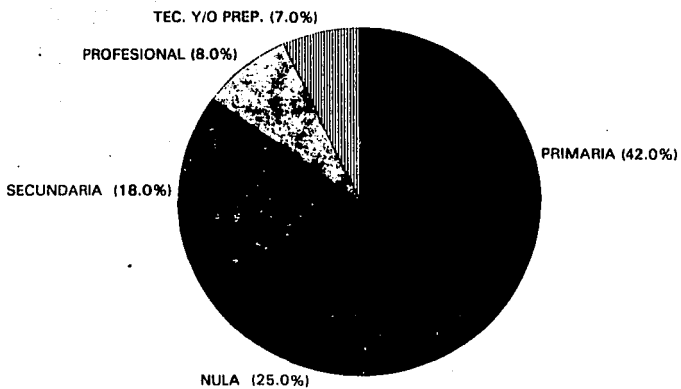
CUADRO No. 5

## NIVEL EDUCATIVO DEL PACIENTE DIABETICO

ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NULA	86	25
PRIMARIA	147	42
SECUNDARIA	64	18
TEC. Y/O PREP.	25	7
PROFESIONAL	29	8
TOTAL	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**GRAFICA No. 5**  
**NIVEL EDUCATIVO DEL PACIENTE DIABETICO**



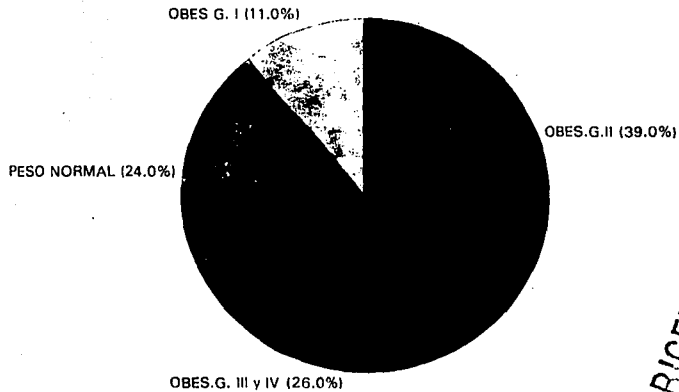
## CUADRO No. 6

## COMPORTAMIENTO DE LA CURVA PONDERAL

PARAMETRO	FRECUENCIA	PRCENTAJE
PESO NORMAL	84	24
OBES. G. I	37	11
OBES. G. II	138	39
OBES. G. III y IV	91	26
TOTAL	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**GRAFICA No. 6**  
**COMPORTAMIENTO DE LA CURVA PONDERAL.**



FALLA DE ORIGEN

CUADRO No. 7

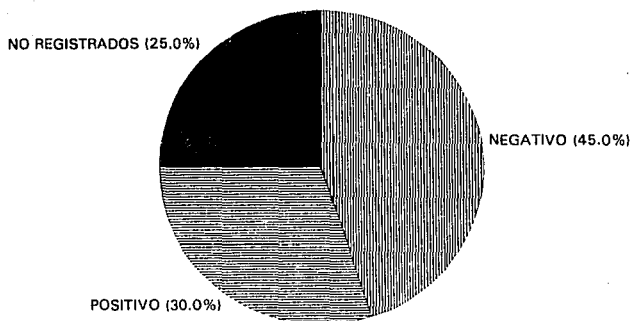
## TOXICOMANIAS ENCONTRADAS EN EL DIABETICO

PARAMETRO	SI	0%	NO	0%	NO REGIST.	0%	TOTAL	0%
ALCOHOLISMO	104	30	158	45	88	25	350	100
TABAQUISMO	60	17	188	54	102	29	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

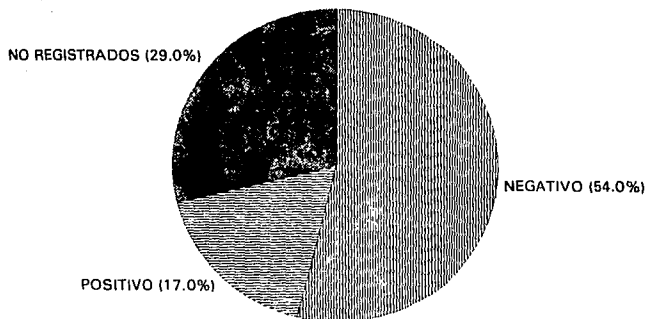


**GRAFICA No. 7 A**  
**ALCOHOLISMO EN EL DIABETICO**



FUENTE:  
CUADRO No. 7

**GRAFICA No. 7 B**  
**TABAQUISMO EN EL DIABETICO**



FUENTE:  
CUADRO No. 7

CUADRO No. 8

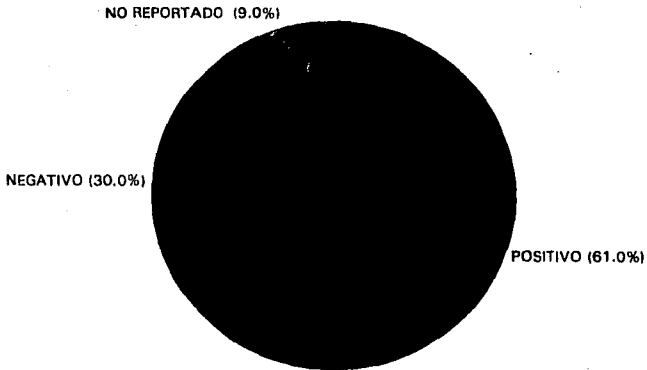
## ANTECEDENTE HEREDITARIO DE DIABETES

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	213	61
NO	104	30
NO REPORTADO	33	9
TOTAL	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**GRAFICA No. 8**  
**ANTECEDENTE HEREDITARIO DE DIABETES**

30



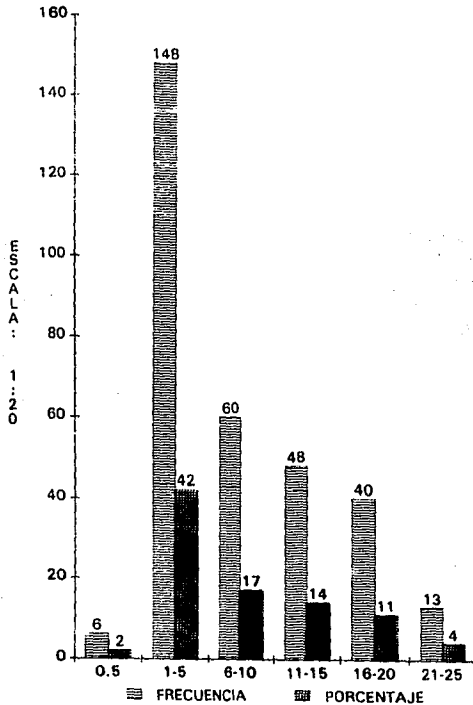
FUENTE: CUADRO No. 8

## CRONICIDAD DEL PADECIMIENTO METABOLICO

AÑOS DE EVOLUCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE.
-1	6	2
1 - 5	148	42
6 - 10	60	17
11 - 15	48	14
16 - 20	40	11
21 - 25	13	4
26 - 30	27	8
31 - 35	3	1
NO REPORTADO	5	1
TOTAL	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94

**CRONICIDAD DEL PADECIMIENTO METABOLICO**



FUENTE: CUADRO No. 9

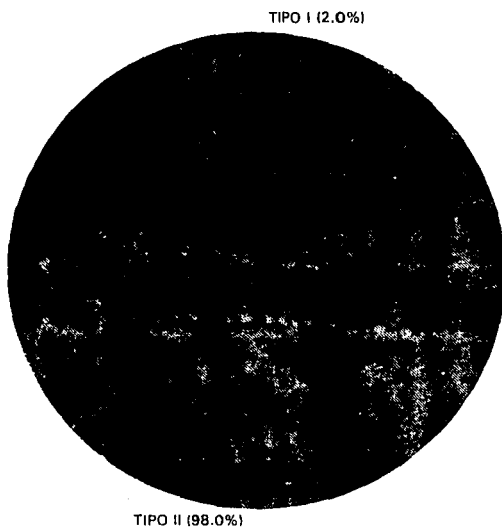
CUADRO No. 10

## DISTRIBUCION TIPOLOGICA DE LA DM

PARAMETRO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TIPO I	6	2
TIPO II	344	98
TOTAL	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**GRAFICA No. 10**  
**DISTRIBUCION TIPOLOGICA DE LA DM**



FUENTE: CUADRO No. 10



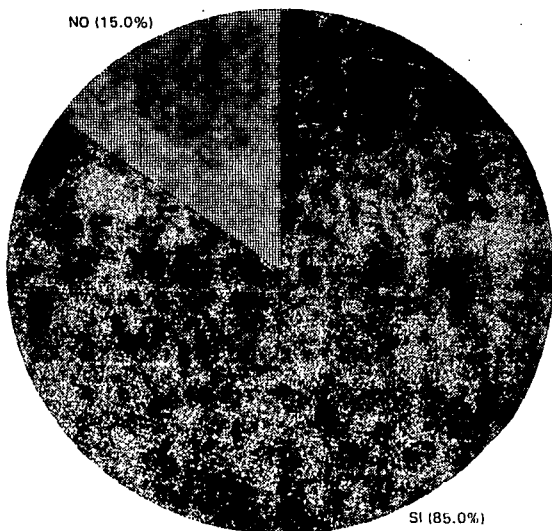
CUADRO No. 11

## LA HIPERTENSION ARTERIAL EN RELACION A LA POBLACION DIABETICA

PARAMETRO	SI	0%	NO	0%	TOTAL	0%
DETECCIONES REALIZADAS	297	85	53	15	350	100
PACIENTES CON HTA CONTROL	221	62	58	17	279	80

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

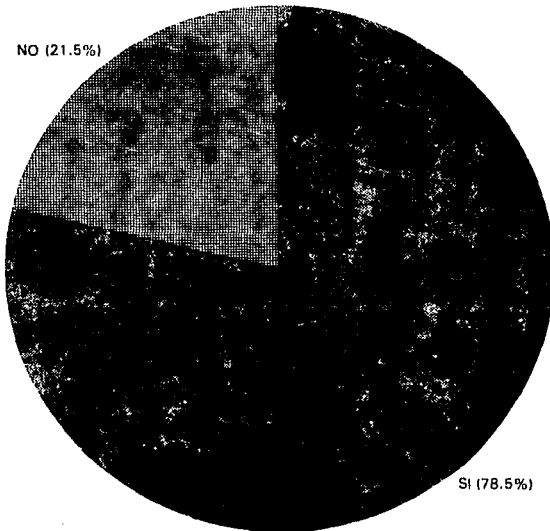
**LA HTA EN RELACION A LA POB. DIABETICA  
DETECCIONES REALIZADAS**



FUENTE: CUADRO No. 11

FALLA DE ORIGEN

**LA HTA EN RELACION A LA POB. DIABETICA**  
PACIENTES CON HTA CONTROL



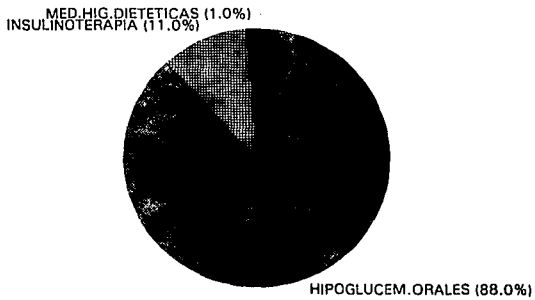
CUADRO No. 12

## TERAPEUTICA EMPLEADA EN FUNCION A LA CLASIFICACION DE LA DM

PARAMETRO	TIPO I	0%	TIPO II	0%	TOTAL	0%
MED. HIGIENICO - DIETETICAS	0	0	4	1	4	1
HIPOGLUCEMIANTES ORALES	0	0	307	88	307	88
INSULINOTERAPIA	6	2	33	9	39	11
TOTAL	6	2	344	98	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**TERAPEUTICA EMPLEADA EN FUNCION  
A LA CLASIFICACION DE LA DM**



FUENTE: CUADRO 12

## CUADRO No. 13

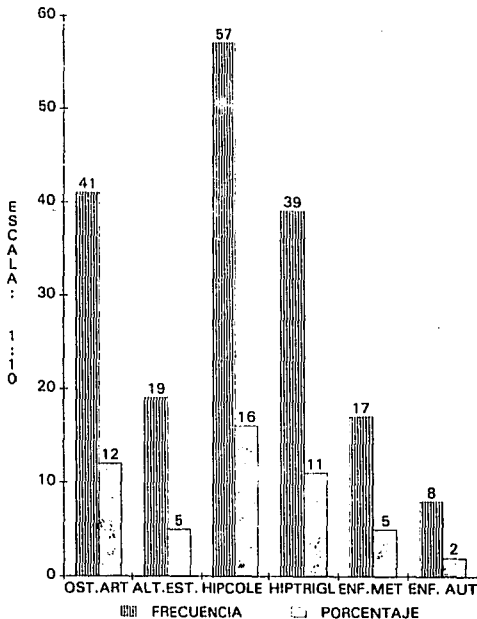
## ENFERMEDADES CRONICO - DEGENERATIVAS DETECTADAS

PADECIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
OSTEOARTICULARES	41	12
ALT. ESTATICA PELVICA	19	5
HIPERCOLESTEROLEMIA	57	16
HIPERTRIGLICERIDEMIA	39	11
OTRAS ENFS.METABOLICAS	17	5
ENFS. AUTOINMUNES	8	2
HIPERTROFIA PROSTATICA	12	3
GASTRITIS	102	29
HIPERTENSION ARTERIAL	279	80
TOTAL	574	*

\* No hay suma de porcentajes

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94

**ENES. CRONICO-DEGENERATIVAS DETECTADAS**



FUENTE: CUADRO No. 13

## ENFERMEDADES INFECCIOSAS AGREGADAS AL DIAGNOSTICO DE DM

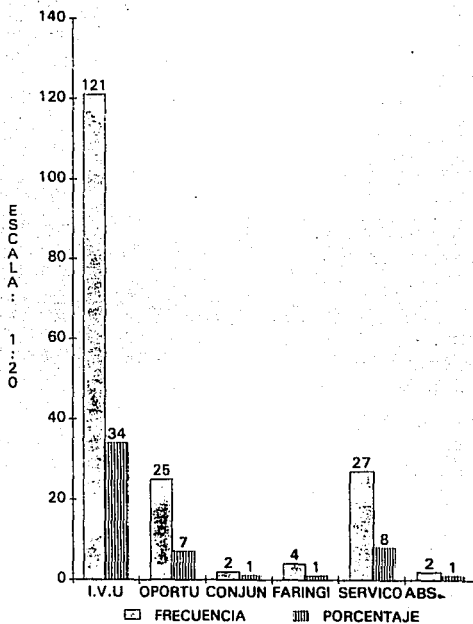
PADECIMIENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
I. V. U.	121	34
OPORTUNISTAS	25	7
CONJUNTIVITIS	2	1
FARINGITIS	4	1
CERVICOVAGINITIS	27	8
ABSCESOS	2	1
TOTAL	181	52

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94



## ENFS. INFECCIOSAS AGREGADAS AL DX. DE DM

GRAFICA No. 14

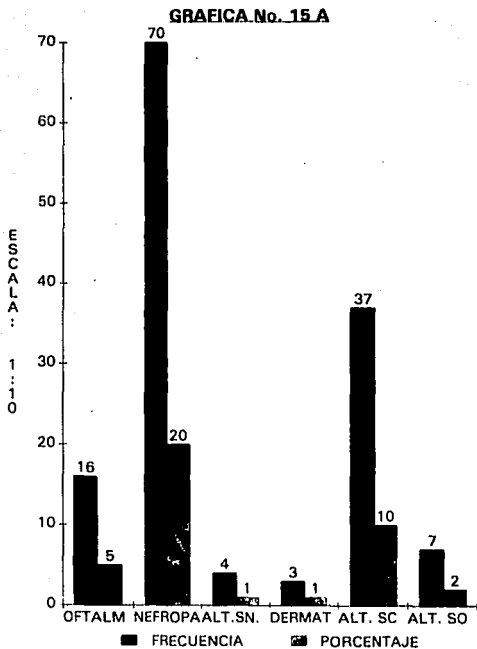


FUENTE: CUADRO No. 14

## DISTRIBUCION DE COMPLICACIONES CRONICAS DE ACUERDO AL SEXO

PARAMETRO	FEM.	0%	MASC.	0%	TOTAL	0%
OFTALMOPATIAS	16	5	10	2	26	7
NEFROPATIAS	70	20	35	10	105	30
ALT.SIST. NERV. CENTRAL Y PERIF.	4	1	3	1	7	2
DERMATOPATIAS	3	1	8	2	11	3
ALT. SIST. CARDIOVASCULAR	37	10	16	6	53	16
ALT. SIST. OSTEOARTICULAR	7	2	11	3	18	5
TOTAL	137	39	83	24	220	63

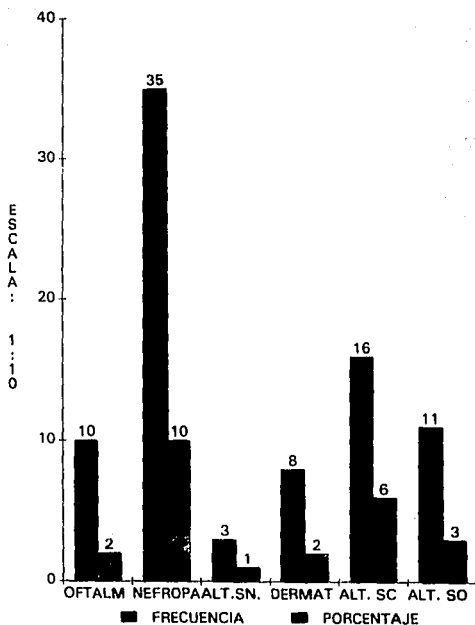
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.



FUENTE: CUADRO No. 15

## DIST. COMPLICACIONES CRONICAS EN SEXO MASCULINO

GRAFICA No. 15B



FUENTE: CUADRO No. 15

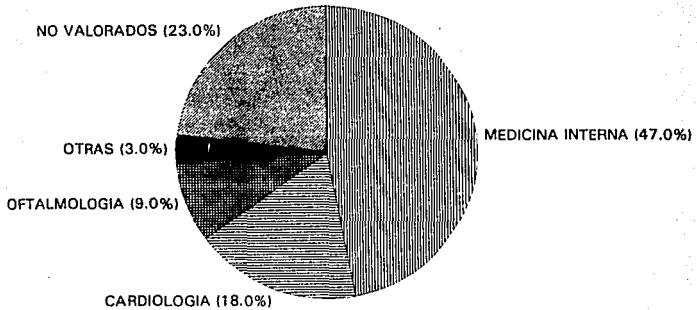
CUADRO No. 16

VALORACIONES OTORGADAS POR LOS SERVICIOS DE APOYO  
DE 2do. Y 3er. NIVEL DE ATENCION

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CARDIOLOGIA	62	18
MED. INTERNA	165	47
ENDOCRINO	3	1
OFTALMOLOGIA	33	9
OTRAS	8	2
TOTAL	271	77

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**GRAFICA No. 16**  
**VAL. OTORGADAS POR 2do. Y 3er. NIVEL**



FUENTE: CUADRO No. 16

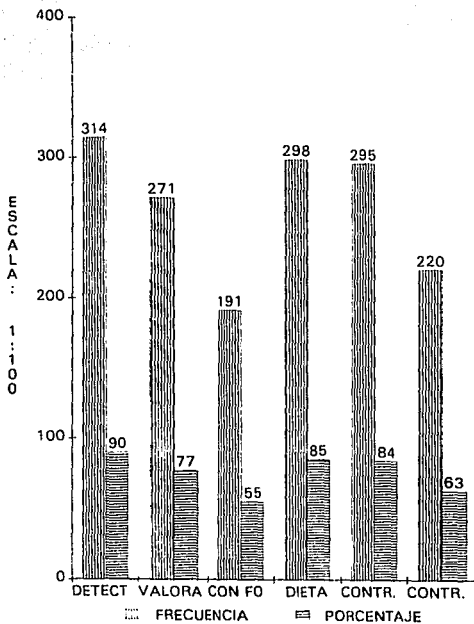
CUADRO No. 17

## SERVICIO OTORGADO AL DIABETICO DE ACUERDO AL PROGRAMA DE ATN. INTEGRAL

PACIENTES	SI	0%	NO	0%	TOTAL	0%
DETECTADOS	314	90	36	10	350	100
ENVIADOS A VALORACION	271	77	79	23	350	100
CON FOMENTO A LA SALUD	191	55	159	45	350	100
ADISTRADOS EN DIETA	298	85	52	15	350	100
EN CONTROL DE OTRAS ENFS.	295	84	55	16	350	100
EN CONTROL DE COMPLIC. CRON.	220	63	130	37	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**GRAFICA No. 17**



FUENTE: CUADRO NO: 17



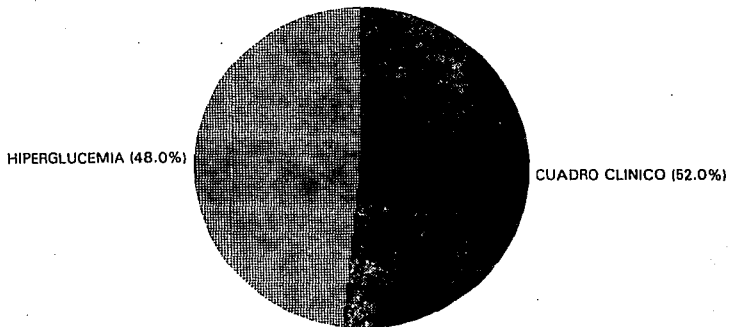
## CUADRO No. 18

## CONTROL METABOLICO ( VARIABLE DEPENDIENTE)

INDICADOR	SI	0%	NO	0%	TOTAL	0%
HIPERGLUCEMIA	94	27	72	21	166	48
CUADRO CLINICO	135	38	49	14	184	52
TOTAL	229	65	121	35	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**CONTROL METABOLICO**  
(VARIABLE DEPENDIENTE)

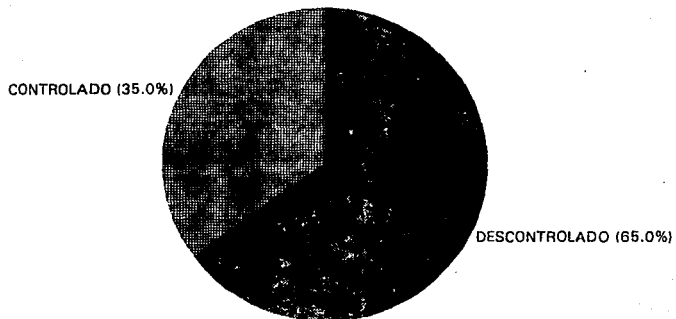


RELACION ENTRE AMBAS VARIABLES (ATENCIÓN INTEGRAL  
Y CONTROL METABOLICO)

PARAMETRO	SI RECIBIO ATN.	0%	NO RECIBIO ATN.	0%	TOTAL	0%
CONTROLADO	92	28	29	8	121	35
DESCONTROLADO	159	46	70	20	229	65
TOTAL	251	72	99	28	350	100

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO  
UMF 94.

**ATENCION INTEGRAL Y  
CONTROL METABOLICO**



Se encontró que el 4% de los pacientes (13) se sitúa en el intervalo que comprende edades entre 21 y 30 años; el 7% (24) entre 31 y 40; el 23% (81) entre 41 y 50; el 29% (103) entre 51 y 60; el 23% (79) entre 61 y 70 años. Finalmente el 14% (50) tienen 71 años o más, sumando el total de la muestra que es igual a 350 pacientes. (Cuadro No. 1)

En cuanto a la distribución por sexo se reportó que 143 pacientes (41%) corresponden al sexo masculino, mientras que 207 (59%) son del sexo femenino. (Cuadro No. 2)

El estado civil se designó como casado, soltero, y viudo; correspondiendo al 59% (205); al 8% (28); y al 15% (54) de los pacientes respectivamente. El 18% restante (63) se designó como "otros" por no estar bien especificado en el expediente clínico. (Cuadro No. 3)

Del total de las mujeres (207), se descubrió que 140 (40%) se dedican al hogar; 16 (5%) son obreras; 40 (11%) son empleadas, 2 (1%) tienen algún oficio y que 2 (1%) son estudiantes. En 7 mujeres (2%) no fué reportado el dato.

Del total de los hombres (143) se supo que 57 (16%) son retirados; 46 (13%) son obreros; 12 (3%) son empleados; y que 19 (5%) se dedican a algún oficio. De los 9 restantes (3%) no se especificó su ocupación en el expediente. (Cuadro No. 4)

Al nivel educativo se le asignaron niveles comprendidos desde primaria, secundaria, técnico y/o preparatoria y profesional; distribuyéndose la muestra de la siguiente forma: 147 (42%); 64 (18%); 25 (7%) y 29 (8%) respectivamente. Los 85 pacientes restantes (25%) se situaron en escolaridad nula. (Cuadro No. 5)

El cuadro No.6 reportó que el 24% de los pacientes (84) - mantienen un peso normal. Que el 11% (37); el 39% (138) y el - 26% (91) tienen obesidad grado I, II y III-IV respectivamente. (Cuadro No. 6)

Se encontró que dentro de las toxicomanías el 30% (104) de - los pacientes ingieren bebidas alcohólicas. Mientras que el - 17% (60) está habituado al tabaco. En el 25% (88) y 29% (102) - de los pacientes respectivamente no se registró este dato. (Cuadro No.7)

230 pacientes (61%) afirmaron tener antecedente familiar de DM; mientras que 104 (30%) lo negaron. No se especificó este - dato en 33 pacientes (9%). (Cuadro No.8)

La cronicidad del padecimiento fué medida por periodos de 5 años; y se encontró a solo 6 pacientes (2%) que tienen menos de un año de evolución.

148 pacientes (42%) tienen de 1 a 5 años; 60 pacientes (17%) - de 6 a 10; 48 (14%) de 11 a 15; 40 (11%) de 16 a 20; 13 (4%) de 21 a 25; 27 (8%) de 26 a 30; y finalmente 3 pacientes (1%) entre 31 y 35 años.

Solo en 5 expedientes (1%) no se encontró este dato.

(Cuadro No. 9)

Según la clasificación de DM se supo que hay 6 pacientes - portadores del Tipo I, y que el resto que son 344 padecen - la Tipo II (2% y 98% respectivamente) (Cuadro No.10)

El cuadro No. 12 indica que 4 pacientes (1%) se controlan - sólo con medidas higienico-dietéticas; 307 pacientes (88%) - con hipoglucemiantes orales; y el resto que son 33 (9%) con - insulina. (Cuadro No.12)

Se detectaron enfermedades crónico-degenerativas donde destaca la HTA en el 80 % de los pacientes (279), de los cuales 221 (62%) la mantienen en control, mientras que 58 (17 %) presentan descontrol de la misma.

En cuanto a las detecciones de HTA que se les realizaron a los diabéticos, al 85 % (297) fue como rutina en la consulta; mientras que al 15 % restantes (53) no se les efectuó. Otros padecimientos encontrados con frecuencia los constituyen los osteomioarticulares presentes en 41 pacientes (12%), las alteraciones en la estática pélvica en 19 (5%); ha hipercolesterolemia en 57 (16%); la hipertrigliceridemia en 39 (11 %); otras enfermedades metabólicas en 17 (5%); enfermedades autoinmunes en 8 (2%); la hipertrofia prostática en 12 (3%) y la gastritis en 102 pacientes (29 %); sumando un total de 574 padecimientos crónico-degenerativos, agregados al diagnóstico de DM. (Cuadro No. 11 y 13)

El cuadro No. 14 destaca que se evidenciaron enfermedades infecciosas, agrupándose éstas en I.V.U. en 121 pacientes (34 %); producidas por oportunistas en 25 (7%); conjuntivitis en 2 (1%); faringitis en 4 (1%); cervicovaginitis en 27 (8%) y abscesos en 2 pacientes (1%).

Se encontró que del total de la muestra (350), 220 pacientes (63%) ya presentan complicaciones clínicas; las cuales están distribuidas en 137 (39%) y 83 (24%) mujeres y hombres respectivamente.

En las mujeres se encontró al 5 % (16) con oftalmopatías; al 20 % (70) con nefropatías; al 1% (4) con alteraciones en el sistema nervioso central y periférico; al 1% (3) con derma

topatías; al 10% (37) con alteraciones del SCV y al 2% (7) con alteraciones en el SOMA.

En el sexo masculino se halló que el 2% (10) padece oftalmopatías; el 10% (35) nefropatías; el 1% (3) alteraciones en el SNC y SNP; el 2% (8) dermatopatías; al 6% (16) alteraciones del SCV; y finalmente al 3% (11) con alteraciones del SOMA. (Cuadro No. 15)

Se brindó atención de 2do. y 3er. nivel a los diabéticos - donde el cuadro No. 16 revela que 62 pacientes (18%) fueron atendidos por Cardiología; 165 (47%) por Medicina Interna; 3 (1%) por Dermatología; 33 (9%) por Oftalmología; y 8 pacientes (2%) por otras especialidades.

De acuerdo al programa de Atención Integral al Paciente Diabético los resultados expresan que 220 (63%) pacientes si recibieron este beneficio en forma íntegra; mientras que en 130 (37%) no fué así.

A 314 pacientes (90%) si se les realizaron detecciones en forma rutinaria; a 36 (10%) no. A 271 pacientes (77%) si fueron enviados a valoración por 2do. y 3er. nivel cada 6 meses como mínimo, lo que no ocurrió en 79 pacientes (23%). 191 (55%) expedientes contaron con constancia de que se les brindó Fomento a la Salud; en 159 (45%) no se encontró esta. 298 Pacientes (85%) fueron adiestrados en aspectos dietéticos por el médico familiar y/o directamente por el Depto. de Dietología, lo que no sucedió con 52 pacientes (15%).



295 pacientes (84%) poseen otras enfermedades ya sea infecciosas y/o crónico-degenerativas agregadas al diagnóstico - de DM, de los cuales el 100% tienen manejo adecuado. Lo mismo pasa con las complicaciones propias de la enfermedad de la que se sabe que 220 pacientes (63%) las padecen, mientras que 130 (37%) aún se encuentran sin ellas. (Cuadros No. 13, 14, 15 16 y 17)

En cuanto al Control Metabólico que es la Variable dependiente, 121 pacientes resultaron controlados, es decir con normoglucemia y ausencia de cuadro clínico. (35%).

Al 27% (94) se le diagnosticó descontrol metabólico por presencia de hiperglucemia aunque no refirieron cuadro clínico; mientras que a 135 pacientes (38%) les fué dado éste diagnóstico por la presencia de cuadro clínico aislado.

No contamos con el dato del total de pacientes descontrolados que presentaron ambos indicadores simultáneamente.

(Cuadro No. 18)

El cuadro No. 19 expresa que en cuanto a la relación que existe entre las dos variables (ATENCIÓN INTEGRAL Y CONTROL METABOLICO) el 26% de los pacientes (92) sí recibieron atención integral y si presentaron control metabólico. En tanto el 46% (159) a pesar de haber recibido atención integral presentaron descontrol metabólico.

Inversamente se observa que el 8% de los pacientes (29) no recibió atención integral, pero a pesar de ello estaban controlados y que el 28% de los diabéticos (99) no recibieron atención integral y estaban descontrolados.

La realización de la  $\chi^2$  son:  $\chi^2_{c1} = 1.70$ , mientras  $\chi^2_{c2} = 3.84$ .

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

## ANALISIS DE RESULTADOS

Posterior a la obtención de resultados, podemos a través de su análisis determinar que la Atención Integral otorgada al paciente diabético en la UMF 94 es de buena calidad ya que las acciones que se realizan han favorecido al 84 % y más de la población diabética en lo que se refiere a la realización de detecciones. También se ha constatado que si existe adiestramiento del paciente en cuanto a su dieta (lo cual es un pilar del tratamiento), así mismo han llevado un buen control de enfermedades no relacionadas a la DM, así como de sus propias complicaciones crónicas.

No pasa lo mismo con el envío a valoraciones a 2do. y 3er. nivel ya que cerca de las tres cuartas partes de la población diabética ha tenido acceso.

En donde sí hay un marcado déficit es en la impartición de fomento a la salud en donde sólo la mitad de la población de diabéticos tiene constancia de haber recibido orientación específica de su padecimiento, lo cual se considera como piedra angular ya que a través del conocimiento se encamina al enfermo al autocontrol.

La Atención Integral tiene como objetivo lograr un control metabólico óptimo, y evitar el desarrollo o evolución de las complicaciones propias del padecimiento. Los resultados indican en cuanto a lo primero que sólo casi una tercera parte de los pacientes estaban controlados mientras que las otras dos terceras partes presentaron descontrol ya sea por evidencia de cuadro clínico o hiperglucemia; a pesar de que el 72% de la población recibió una buena atención inte-

gral hace llamar la atención.

61

Analizando diferentes factores inherentes al huésped encontré que son de dos tipos:

- a) Aquellos factores que en forma mínima o no, son modificables y que sin embargo tienen influencia en la presencia y evolución de la enfermedad: Edad actual, sexo, estado civil, ocupación, factor hereditario, cronicidad del padecimiento, tipo de DM, enfermedades coexistentes, terapéutica empleada, enfermedades infecciosas agregadas, -- presencia de complicaciones crónicas y el grado de acatamiento de las indicaciones por parte del paciente.
- b) Aquellos factores inherentes al huésped pero que sí son susceptibles de modificarse y que en forma importante su presencia altera el control metabólico: Toxicomanías, - sedentarismo, transgresión dietética y medicamentosa, - así como su asistencia periódica a control por el médico familiar y demás equipo.

El mayor porcentaje de diabéticos se sitúa alrededor de la sexta década de la vida seguida por la séptima y quinta lo que traduce que la mayoría de los pacientes han alcanzado -- aumento de la sobrevivencia gracias a que se lleva a cabo atención integral específica.

Predomina el padecimiento en mujeres donde más de la mitad son casadas, seguido por el estado de viudez lo que indica que el paciente se encuentra sometido a un grado alto de stress, el cual se considera un factor contribuyente o desencadenante del descontrol metabólico. Así mismo la mayoría se dedica al hogar coincidiendo en que son mujeres. Finalmente los retirados y obreros, sin ser el sexoalgo significa

Casi las dos terceras partes de los pacientes son de nivel educativo bajo ya que su acceso a la educación fué nulo o cursaron sólo la primaria completa o incompleta, siendo éste último el más alto porcentaje y en forma inversa el nivel profesional.

Más de la mitad de los pacientes tiene Antecedentes Heredo-Familiares (AHF) de DM, por lo que debería hacerse mayor incapié en el consejo genético dentro del programa vigente, el tiempo de cronicidad más frecuente fué de uno a cinco años, seguido del de seis a diez años de evolución, con un mínimo porcentaje de aquellos pacientes con más de treinta años de evolución, lo cual, a pesar de todo nos indica hasta que grado de sobrevida puede llegar un paciente diabético bien controlado.

Casi en su totalidad de la muestra está integrada con pacientes con DM tipo II, lo que coincide a lo reportado en la literatura.

La mayoría de los pacientes utiliza Hipoglucemiantes Orales (HGO) en su terapéutica, mientras que una minoría es insulino dependiente, siendo éste de acuerdo al tipo de diabetes.

Llama la atención que una insignificante proporción ha llegado a mantenerse estable sólo con medidas higienico-dietéticas siendo que todos los pacientes en forma ideal deberían situarse en éste rubro.

Fueron detectadas enfermedades crónicas donde el porcentaje mayor fué para la gastritis seguida por la hipercolesterolemia y enfermedades osteoarticulares lo que explica que aquella está relacionada con el grado de obesidad, secundaria ha malos hábitos dietéticos. Las afecciones osteoarticulares

se explican por la aparición de las mismas posterior a la quinta década de la vida.

Como caso especial se encuentra la HTA, la cual un 80% de la muestra la padece y que de ese porcentaje el 62% se encuentra con cifras tensionales aceptables.

De las enfermedades infecciosas predominaron las IVU, la cervicovaginitis e infecciones por oportunistas; las demás no tuvieron significancia estadística.

Las infecciones son un factor descompensador del metabolismo glúcido en el diabético, lo que explica el aumento porcentual hallado del mismo.

En cuanto a las complicaciones crónicas más del 63% de la población las padece, predominando en las mujeres en una proporción de 2 a 1 aproximadamente.

Las nefropatías son las más frecuentes casi en la tercera parte de los pacientes, predominando en las mujeres, seguidas de las alteraciones cardiovasculares, predominando en forma no muy significativa en el sexo femenino.

Las oftalmopatías y alteraciones en el SOMA poseen casi el mismo porcentaje de presentación aunque en este estudio no fué tan significativo. Las alteraciones del sistema nervioso y dermatopatías tuvieron una mínima significancia.

Más de las tres cuartas partes de la muestra recibieron valoración por diferentes especialidades predominando las interconsultas a Medicina Interna y Cardiología seguidas por Oftalmología lo que si es compatible por el tipo de enfermedades coexistentes y complicaciones de la DM, por lo tanto en este aspecto sí se cumple con esta parte del programa.

Casi una tercera parte de los pacientes tienen uno u otro <sup>64</sup> grado de alcoholismo, mientras que un porcentaje menor está habituado al tabaco; estos factores sabemos que van a tener repercusión en diferentes sistemas principalmente en el --- SCV, que en forma general se encuentra muy comprometido en el diabético.

Con los datos obtenidos el sedentarismo es difícil de evaluar; únicamente podríamos basarnos muy subjetivamente en la ocupación de paciente y/o si acude a algún lugar o por su cuenta practica actividad física programada.

no existen en el expediente suficientes datos para poder -- evaluar el porcentaje de pacientes que transgreden continuamente su dieta e higiene, así como la administración de medicamentos y asistencia periódica a control en su unidad y valoraciones, por lo que habría que poner mayor énfasis en estas actividades que en sí están bajo la responsabilidad del propio paciente.

En lo que respecta a la prueba estadística  $\chi^2$ , los resultados indican que la hipótesis alterna se rechaza y se acepta la nula, es decir: Que la Atención Integral por parte del equipo multidisciplinario en el diabético no influye en forma proporcional en el grado de control o descontrol que presenta el paciente.

Esto se explica a que existen otros factores que repercuten en el control independientemente de que se ofrece una adecuada atención.

Al término de la investigación concluyo que en control y - evolución del paciente diabético hay dos responsables:

- 1.- El equipo multidisciplinario por medio de la Atención-Integral otorgada y
- 2.- El propio paciente y su familia.

El paciente posee características inherentes que son poco o no modificables y en gran medida influyen en su control y - evolución. Por otra parte posee factores que son susceptibles de modificar y que en ellos habría que incidir constantemente, tales como stress, hábitos higienico-dietéticos, - seguimiento de indicaciones terapéuticas y asistencia periódica en su Unidad de Medicina Familiar.

En el expediente no existen datos para poder evaluar en forma objetiva dichos factores, por lo que lo anterior da pie a la realización de otra investigación para ello.

El logro de los objetivos del programa se ha cumplido parcialmente. Lo anterior se basa en los datos que evidencian que la mayoría de los pacientes están descontrolados a pesar de que si se les esta brindando una buena atención integral por parte del equipo multidisciplinario en términos generales, aunque hay que hacer incapie en el marcado déficit del fomento de salud impartido que es la piedra angular del programa.

El autocontrol es uno de los objetivos más importantes, pero existe como barrera para su logro el bajo nivel cultural de la población.

Existen en el programa muchos rubros que se considerarán para establecer la atención integral, de los cuales a través del análisis de este trabajo, pude confirmar que se realizan en tarea de equipo, tales actividades son las detecciones oportunas, el seguimiento del manejo dietético-farmacológico y las valoraciones de 2do. y 3er. nivel, sin embargo considero que el enfatizar en el trabajo de complementariedad daría mejores resultados.

Tenemos una población con problemática diversa aunada al problema metabólico y los procesos crónico-degenerativos que también influyen en el grado de control de los pacientes.

El manejo estadístico porcentual, así como el uso de la  $\chi^2$  nos corrobora lo anteriormente concluido, ya que si bien la atención integral influye en el control de los pacientes, no es exclusivamente determinante.



- 1.- Fortalecer la actividad del personal que debe proporcionar la educación de fomento a la salud en la Unidad.
- 2.- Mantener al médico familiar y al resto del equipo multidisciplinario con capacitación continua sobre el programa.
- 3.- Mantener al médico familiar y al resto del equipo multidisciplinario informado de las modificaciones que se hagan al programa de atención integral al paciente diabético.
- 4.- Sensibilizar al personal involucrado a través de la retroinformación de el logro de metas del programa, para que su aplicación y seguimiento sea cada vez mejor.
- 5.- Proponer la realización de estudios médicos longitudinales con énfasis en aquellos pacientes con descontrol.
- 6.- Revisión del formato MF5 ya que como se observó existen factores que con los datos que ésta nos proporciona son insuficientes para poder evaluarlos y que sí influyen en el control adecuado del paciente.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- GANONG WF. Fisiología Médica. México D.F.: Editorial Manual Moderno, 1985. 1988:282-304
- 2.- SABISTON D. Tratado de Patología Quirúrgica. México D.F.: Editorial Interamericana McGraw Hill, 1986. 1988:161-67
- 3.- ZARATE TA. Diabetes Mellitus. México D.F.: Editorial Trillas, 1986. 1988:1-93
- 4.- Manual de la Enfermera en la Atención del Paciente Diabético. México D.F.: Secretaría General Unidad de Publicaciones y Documentación, 1988. 1989:1-34
- 5.- Colección de Normas para la Medicina Familiar. México D.F.: Secretaría General Unidad de Publicaciones y Documentación, 1984. 1986:1-31
- 6.- Programa de Atención Integral de la Diabetes Mellitus. México D.F.: Secretaría General Unidad de Publicaciones y Documentación, 1987. 1987:1-100
- 7.- Consentrado Anual de la Unidad de Medicina Familiar No. 94. México D.F.: Sistema de Información Médica (SIMO), 1991, 1992, 1993